

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2009;24:193-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 60 años de edad, con antecedentes patológicos de hipertensión y diabetes tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales. El paciente es remitido a la unidad de dolor, desde el servicio de urgencias, por presentar una neuralgia del trigémino (NT).

En la anamnesis realizada, el paciente refería que hacía 2 meses empezó una molestia en la mejilla izquierda, como un hormigueo, que en pocos días fue aumentando, hasta que al cabo de 1 semana el dolor era muy intenso (escala visual analógica [EVA]: 8), a lo que se sumaron unas crisis de dolor cortas, agudas e intensas, de aparición brusca, que el paciente describía como una verdadera «descarga eléctrica», que le recorrían toda la cara, desde la mandíbula hasta la sien izquierda, impidiéndole incluso comer y hablar. Las crisis eran generalmente diurnas, de manera que no afectaban al descanso nocturno. El paciente estaba en tratamiento con paracetamol 1 g/8 h y metamizol 2 g/12 h.

Por las características del dolor, la localización y la evolución de la clínica, como primera sospecha diagnóstica se pensó en una neuralgia de la III rama del trigémino.

En la exploración física, no se observó ningún déficit ni focalidades neurológicas. El reflejo corneal estaba conservado, y la exploración de los pares craneales VI, VII y VIII era normal. La exploración de la cavidad bucal descartó procesos infecciosos, inflamatorios o tumorales en dicha zona. Se solicitó una resonancia magnética nuclear (RM) para descartar cualquier proceso vascular o tumoral que pudiese desencadenar la clínica. La exploración fue normal, con lo que se diagnosticó al paciente de NT esencial o idiopática.

Se inició tratamiento con carbamacepina 100 mg/12 h con el propósito de ir incrementando dosis hasta control del dolor, pero en la semana 2 de

tratamiento y con 400 mg/día, presentó un rash cutáneo generalizado de tipo urticariforme que requirió ingreso hospitalario.

Se retiró el fármaco de inmediato, mejorando significativamente a los pocos días. Las pruebas analíticas mostraron también alteración de la función hepática, que fue mejorando. Al cabo de 10 días se le dio el alta hospitalaria con el diagnóstico de toxicodermia y hepatotoxicidad por carbamacepina.

Prescribimos tratamiento con gabapentina 300 mg/8 h con incrementos cada 3 días hasta llegar a 1.200 mg/día. Al cabo de 4 semanas el paciente mejoró globalmente, las crisis eran menos frecuentes y, además, de menor intensidad (EVA: 5), con buena tolerabilidad del tratamiento, por lo que incrementamos la dosis de gabapentina hasta 1.600 mg/día.

Con este tratamiento se mantuvo controlado durante 3 meses, pero después aumentó el dolor basal (EVA: 9) y las crisis se hicieron muy frecuentes y de gran intensidad. El paciente no toleraba dosis más altas de gabapentina y se asoció oxicodona a dosis bajas, que tampoco toleró.

Ante la persistencia del dolor de muy difícil control, se decidió realizar una termocoagulación con radiofrecuencia pulsada del ganglio de Gasser.

Se solicitó una analítica con pruebas de coagulación y se programó al paciente para realizar la técnica. El día de la intervención, como profilaxis antibiótica, se administró cefazolina 2 g, realizando la técnica con sedación ligera (midazolam) durante 4 min. El paciente no presentó ningún efecto secundario (Figs. 1 y 2).

El paciente obtuvo una gran mejoría a los pocos días de la intervención, presentando una EVA de 2 y con disminución casi total de las crisis. De forma progresiva se fue disminuyendo gabapentina, y actualmente se ha podido suspender totalmente el

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

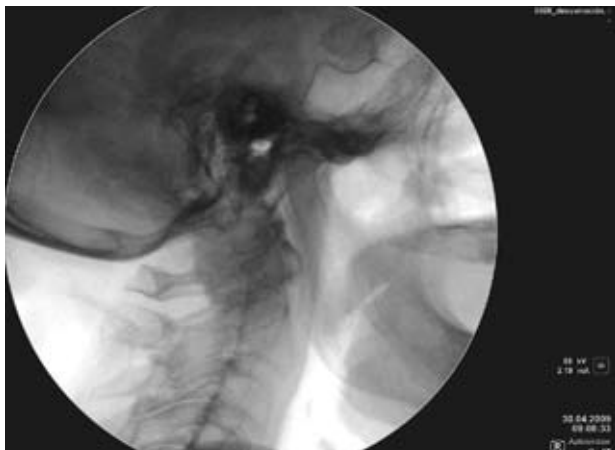


Figura 1. Preparación previa del paciente. Visión de perfil, alineación de los conductos auditivos externos.

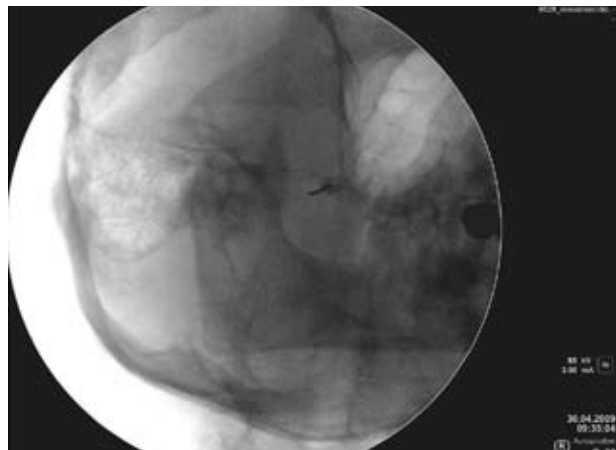


Figura 2. Proyección oblicua anteroposterior 30°, inclinación craneocaudal ipsilateral 20°. Visión de la aguja en foramen oval.

tratamiento, pasados 4 meses de la técnica, ya que el paciente está sin dolor.

CASO 2

Paciente mujer, de 61 años de edad, remitida a la unidad de dolor por el servicio de medicina interna, por presentar dolor intenso, lancinante, paroxístico en hemicara derecha de 5 meses de evolución. Presenta ansiedad y depresión, y duerme mal. Como único antecedente refiere hiperlipemia tratada con atorvastatina.

El cuadro clínico se inició hace 8 meses con una molestia en la mejilla definida como «hormigueo». De forma progresiva la molestia se convirtió en dolor muy intenso en la hemicara derecha. Como tratamiento pautado, únicamente toma ibuprofeno (600 mg/8 h) y paracetamol (1 g/8 h) y cuando tiene las crisis.

La paciente describe su dolor como muy intenso (EVA: 8/10), «como descargas eléctricas» en forma de crisis durante el día, de corta duración y de aparición brusca. El dolor le impide comer, lavarse los dientes e incluso hablar cuando tiene las crisis. El dolor le ha ocasionado cambios en el estado de ánimo, afectando incluso a sus relaciones familiares y sociales.

En la exploración física se objetiva la conservación del reflejo corneal y normalidad en la exploración de los pares craneales VI, VII y VIII, y la exploración de la cavidad bucal para descartar procesos infecciosos o tumorales es normal.

Como exploración complementaria aporta una resonancia magnética nuclear (RM) que es normal,

con lo que la paciente es diagnosticada de una NT de II rama idiopática.

Se prescribe como fármaco de primera elección carbamacepina a dosis de 200 mg/día, con aumentos graduales hasta 600 mg/día, que fue la dosis máxima que la paciente toleró, ya que presentaba mareos relacionados con la toma de carbamacepina, por lo que se tuvo que suspender. Se prescribió oxcarbacepina a dosis bajas, que tampoco toleró. Se pautó gabapentina 300 mg/8 h con incrementos cada 3 días de 300 mg/día hasta llegar a 1.800 mg/día, asociada a clonacepam 0,5 mg/día en una única dosis nocturna. No toleró aumentos de gabapentina.

Dada la mala tolerancia a todos los tratamientos instaurados y la persistencia del dolor, se decidió realizar una termocoagulación con radiofrecuencia pulsada del ganglio de Gasser.

La sistemática de la realización de la técnica fue la misma que en el caso anterior y se realizó sin complicaciones (Figs. 3 y 4).

A los 6 meses de realizar la técnica y estar la paciente totalmente asintomática, se suspendieron todos los fármacos de forma muy lenta y progresiva, sin reaparición de la clínica a los 3 años de seguimiento.

DISCUSIÓN

La neuralgia del trigémino (NT) es una entidad clínica caracterizada por crisis repetidas de dolor neuropático agudo y de corta duración que afectan al territorio de la cara inervado por una o varias ramas del nervio trigémino. El dolor es unilateral y

